

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy PERDONCINI

Né le 19 Mai 1914 à Nice

Essai sur le traitement des cancers de l'Hypopharynx

Président : Léon BINET, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24 rue Monsieur-le-Prince VI•

1939

1250

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy PERDONCINI

Né le 19 Mai 1914 à Nice

Essai sur le traitement des cancers de l'Hypopharynx

Président : Léon BINET, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24 rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

A MA MERE

Respectueux et fervent hommage filial.

A MES GRAND-MERES

MOUTET-MAURIN (*in memoriam*) et PERDONCINI

A MON FRERE

(*in memoriam*)

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Le Professeur Léon BINET

Médecin des Hôpitaux

Professeur à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli avec bienveillance
dans son laboratoire et qui nous fait
l'honneur de présider cette thèse.
Très respectueux hommage.*

A MON MAITRE

Le Docteur PAUL TRUFFERT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Bon-Secours
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli comme interne
dans son service.*

*Nous sommes heureux, au seuil de
cette thèse qu'il nous a inspirée, de
lui dire notre profonde admiration
pour son prodigieux talent de chi-
rurgien.*

Hommage très respectueux.

A Monsieur le Docteur Raymond BERNARD

Chirurgien des Hôpitaux

*Dont nous avons été l'externe et qui a
toujours témoigné à notre égard une
bienveillance de tous les instants.
Respectueux hommages.*

A mon Ami le Docteur BERNARD VALLANCIEN
Ancien Interne et Assistant de l'Hôpital Bon-Secours
Assistant à l'Hôpital Beaujon

*Il a guidé nos premiers pas en laryn-
gologie et le présent travail lui doit
en partie son existence.*

*Qu'il nous soit permis de lui dire toute
notre respectueuse et amicale recon-
naissance pour ce qu'il a fait pour
nous.*

Très cordial hommage.

A MON PREMIER MAITRE

Le Docteur PAUL GODIN (in memoriam)
Professeur honoraire à l'Institut Jean-Jacques-Rousseau
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli comme interne
dans son service.*

*Nous sommes heureux, au seuil de
cette thèse qu'il nous a inspirée, de
lui dire notre profonde admiration
pour son prodigieux talent de chi-
rurgien.*

Hommage très respectueux.

A MES AMIS

Les Docteurs BEYER et BEVILLE

Anciens Externes des Hôpitaux

Très amicalement.

A MES CAMARADES de l'A.E.M.P.

et du Peloton des Médecins E.O.R. de MONTPELLIER
(Octobre-Novembre 1939)

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DES FACULTES
DE PARIS ET DE MARSEILLE

INTRODUCTION

Il convient d'abord, pour dissiper toute équivoque, de délimiter et de définir ce que l'on doit entendre par cancer de l'hypopharynx.

La division des tumeurs malignes du carrefour aéro-digestif en cancer du larynx et cancer de l'hypopharynx se heurte, d'après Ducuing et Izard, aux difficultés auxquelles aucune autre n'échappe, à savoir notamment celle des limites qu'il convient de donner au larynx proprement dit et à l'hypopharynx qui l'avoisine.

Ces limites ne sauraient être que conventionnelles car elles ne reposent effectivement sur aucune démarcation anatomique, morphologique, physiologique ou anatomo-pathologique prévue.

Si nous essayons cependant de tracer des frontières, ne fût-ce que de façon approximative, nous pouvons, assimilant le larynx à un puits, dire que tout ce qui est inclus dans le puits est laryngé, tout ce qui est situé de l'autre côté de la margelle est hypopharyngé.

La margelle est elle-même constituée par le bord de l'épiglotte, le repli aryéno-épiglottique, les aryénoïdes, l'espace inter-aryénoïdien et la rimule.

Nous nous proposons, considérant du seul point de vue thérapeutique les tumeurs de l'hypopharynx, de n'étudier que le traitement de celles dont l'abord est im-

possible par les voies naturelles, celles qui par leur situation au milieu des espaces cervicaux, celles qui par leur voisinage des cartilages laryngés sensibles aux radiations, posent avec toute son acuité le difficile problème du traitement.

C'est dire que nous éliminons d'emblée les cancers de l'épiglotte.

Nous aurons successivement à envisager, au cours de cette étude, les différentes interventions chirurgicales dirigées contre le cancer de l'hypopharynx et leurs échecs, les agents physiques et leurs inconvénients, nous terminerons, en montrant qu'un sage éclectisme, en conciliant les deux méthodes, permet d'affronter avec un minimum de risque une affection jusque-là réputée par sa légendaire mortalité.

C'est pourquoi nous avons pris pour titre : essai sur le traitement des cancers de l'hypopharynx.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La région peut être abordée à l'aide d'interventions typiques et atypiques inspirées de la pharyngotomie. Nous n'envisagerons bien entendu que les premières. On distingue, généralement, quatre modes d'accès principaux :

- 1° La pharyngotomie sous-hyoïdienne;
- 2° La pharyngotomie latérale;
- 3° La pharyngotomie rétro-thyroïdienne de Sébilleau, Quénu;
- 4° Les pharyngotomies latérale et sous-hyoïdienne combinée.

La question de l'anesthésie prend ici une importance considérable; l'anesthésie par inhalation est à éviter, pour deux raisons : la proximité des voies aériennes est une gêne pour l'opérateur comme pour l'anesthésie durant l'intervention. Ultérieurement elle crée une prédisposition aux complications pulmonaires en sensibilisant le poumon aux germes septiques que les chutes d'escarres post-opératoires ne manquent pas de transporter.

On préférera donc l'anesthésie locale par infiltration. A l'heure actuelle une place doit être réservée aux anesthésiques par voie endo-veineuse ou intra-rectale.

PHARYNGOTOMIE SOUS-HYOÏDIENNE

Comme son nom l'indique, cette opération consiste à aborder le pharynx inférieur, au-dessous de l'os hyoïde, à travers la membrane thyro-hyoïdienne. La ligne d'incision n'intéressant pas une région très vasculaire, cette intervention occasionne un faible écoulement sanguin; d'autre part, en relevant au maximum l'os hyoïde et en abaissant le cartilage thyroïde, on obtient assez de jour pour voir nettement l'hypopharynx et la région vestibulaire du larynx.

Technique opératoire

1^{er} temps : ligne d'incision.

La tête étant en hyperextension, on pratique à égale distance du bord inférieur de l'os hyoïde et du bord supérieur du cartilage thyroïde une incision horizontale de 7 à 8 centimètres de long.

2^e temps : section de l'aponévrose superficielle des muscles sous-hyoïdiens et de l'aponévrose moyenne.

Le tissu cellulaire sous-cutané incisé avec ses vaisseaux, l'aponévrose apparaît; elle est ouverte sur toute la longueur de l'incision cutanée. Les muscles sous-hyoïdiens sont sectionnés en deux plans : sterno-cléido-hyoïdiens sont sectionnés en deux plans : sternocléido-hyoïdien et omo-hyoïdien d'une part, thyro-hyoïdien de l'autre.

3^e temps : section de la membrane thyro-hyoïdien et du tissu pré-épiglottique.

Dans le fond de la plaie apparaît la membrane thyro-hyoïdienne attachée au bord inférieur de l'os hyoïde. Cet os dénudé est récliné en haut; la membrane tendue ainsi est incisée en évitant de prolonger l'incision trop en dehors pour ne pas blesser le paquet vasculo-nerveux et en particulier le laryngé supérieur.

Sous la membrane existe une masse cellulo-adipeuse qu'il faut inciser et écarter pour arriver sur le pharynx. L'épiglotte qui apparaît dans la brèche pharyngée est réclinée en avant pour aborder la tumeur.

4^e temps : sutures.

La muqueuse du pharynx est réunie au catgut chromé de préférence par points séparés puis la muqueuse pré-

épiglottique. Le troisième plan est formé par la membrane thyro-hyoïdienne reconstituée; le quatrième par l'aponévrose superficielle. On termine la suture de la peau aux crins.

Il est prudent de placer deux drains aux angles de la plaie, pour assurer l'écoulement soit de la salive, soit de la sécrétion séreuse qui ne manquera de se produire au niveau des plans sous-cutanés quelques jours plus tard.

PHARYNGOTOMIE LATÉRALE

Cette intervention donne un bon jour sur la paroi latérale du pharynx la bouche œsophagienne et les aryténoïdes.

Technique opératoire

1^{er} temps: incision.

La tête est placée en position de ligature des vaisseaux du cou. L'incision est faite verticalement en avant de la saillie du sterno-cléido-mastoïdien et parallèlement à

lui, remontant en haut vers la région sous-maxillaire et descendant en bas derrière le bord postérieur du cartilage thyroïde à son voisinage.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier, l'aponévrose cervicale superficielle, sont successivement incisés; les vaisseaux rencontrés, en particulier le jugulaire externe, sont pincés et incisés ou réclinés.

2° temps : dégagement de la paroi latérale du pharynx.

Le tissu sous-aponévrotique apparaît, un écarteur est placé sur chacun des bords de l'incision, de façon à récliner en arrière le paquet vasculo nerveux en avant les parties molles. Le pédicule thyroïdien peut être en général compris sous l'écarteur postérieur : on aperçoit alors la paroi pharyngée.

3° temps : ouverture du pharynx.

Au bistouri on incise verticalement de haut en bas, d'abord la musculieuse, puis la muqueuse; on ouvre ainsi largement la cavité du pharynx inférieur.

4° temps : sutures.

Les différents plans sont suturés : la paroi pharyngienne au catgut puis les parties molles qui la recou-

vrent et l'aponévrose superficielle. La peau est réunie aux crins ou aux agrafes. Comme précédemment, un drainage est indispensable.

PHARYNGOTOMIE RÉTRO-THYROIDIENNE QUENU ET SÉBILEAU

Décrite pour la première fois en 1904, à la Société de Chirurgie, cette pharyngotomie aborde le pharynx à un niveau inférieur et permet de travailler derrière le bord postérieur du cartilage thyroïde.

Technique opératoire

1^{er} temps : incision.

La tête placée en position de ligature, on incise le long du bord inférieur du sterno-cléido-mastoïdien sur une longueur d'au moins huit centimètres, de façon à aborder par en haut et par en bas de deux centimètres environ, le bord correspondant du cartilage thyroïde.

Après section de l'aponévrose cervicale superficielle et dégagement du bord antérieur du sterno-mastoïdien « qu'on découvre, qu'on reconnaît et qu'on écarte vers la région postérieure », on aperçoit dans la partie infé-

ricure du champ opératoire les fibres de l'omo-hyoïdien obliques en haut et en avant et engainées dans l'épovégrose moyenne. Celle-ci, incisée longitudinalement derrière lui, permet de découvrir la lame du thyroïde et de voir dans le fond les vaisseaux thyroïdiens reposant sur les fibres du constricteur inférieur du pharynx.

2^e temps : dégagement de la paroi pharyngée.

On sectionne le pédicule thyroïdien, on refoule vers le bas la pointe du lobe du thyroïde et, manœuvre capitale, on accroche avec l'écarteur à griffes le bord postérieur de la lame thyroïdienne de façon à « l'attirer en avant comme si on voulait la faire basculer ». L'ouverture du pharynx le long du bord postérieur du thyroïde est alors facile.

Le reste de l'intervention et les suites opératoires sont identiques à ce que nous avons décrit pour la précédente opération.

PHARYNGOTOMIE RÉTRO-THYROIDIENNE ET SOUS-HYOIDIENNE

Décrite par Sébilleau, cette intervention, qui combine les deux incisions déjà étudiées, a le mérite de donner un jour considérable, permettant un champ d'action très large sur toute la région, ce qui n'est pas à dédaigner pour l'exérèse de tumeurs particulièrement étendues.

Nous ne décrirons pas sa technique qui ne se différencie en rien de la technique des deux opérations décrites plus haut.

ECHECS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

En 1932 Ducuing écrivait : le diagnostic étant devenu plus précis grâce à la possibilité des examens indirects, les chirurgiens, plus audacieux que les laryngologistes, pratiquèrent des interventions sanglantes destinées à débarrasser les patients de leurs tumeurs.

Est-il utile de mentionner les résultats décevants de cette chirurgie de désespoir, difficilement acceptée par le malade, particulièrement ingrate pour l'opérateur, dans laquelle les ancêtres des chirurgiens modernes auraient cependant pu obtenir des succès si la matière en avait comporté, du fait de leur légendaire habileté opératoire.

Ce pessimisme est de mise encore de nos jours. La pharyngectomie pour néoplasme est toujours une intervention grave. Et le principal écueil de cette chirurgie est non pas tant dans le shok opératoire mais dans l'impossibilité où l'on se trouve de refermer la plaie : les partisans de la stomie immédiate ont contre eux la possibilité des suppurations secondaires, dans ce milieu toujours septique, qui profitent de l'ouverture vers les espaces cervicaux pour déterminer des fusées médiastinales redoutables.

Les partisans de la fermeture secondaire sont en but aux fistules interminables qui aboutissent à un état de

cachexie et de dénutrition de ces malades dont les tissus ne parviennent plus à cicatriser.

Les sutures pharyngées ne tiennent pas que l'on ait ou non fait une dérivation alimentaire et quelles que soient les précautions prises pour opérer aussi aseptiquement que possible.

C'est devant ces échecs que beaucoup cherchèrent une solution au problème par les radiations.

LE TRAITEMENT PAR AGENTS PHYSIQUES

Radium et radiothérapie se disputent les succès et se rejettent mutuellement les échecs.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des techniques d'administration de ces radiations. Ce qu'il faut en savoir c'est qu'il existe trois méthodes d'application : immédiate, médiate et à grande distance.

De toute façon on n'utilisera que de fortes doses, sur un rythme rapide avec trois portes d'entrée et une importante filtration.

Les applications médiatees sont rendues impossibles pour les tumeurs hypopharyngées qui nous intéressent du fait de leur profondeur qui ne permet aucune manœuvre thérapeutique par les voies naturelles.

Les applications médiatees sont aussi à déconseiller, parce que les tubes que l'on place à distance de la peau sont irritants pour celle-ci, moins du reste par eux-mêmes que du fait des irradiations secondaires émanant des supports, cire, caoutchouc, etc.

L'irradiation à grande distance, ou télécuriethérapie, reste le seul procédé logique. On utilisera trois feux croisés pendant une centaine d'heures.

Mais cette thérapeutique, en général, se heurte à un certain nombre de difficultés communes qui sont pour beaucoup dans les échecs des agents physiques.

ECHECS DES AGENTS PHYSIQUES

Ils sont de deux ordres : immédiats et tardifs.

Immédiatement, en effet, ces malades éprouvent des troubles de l'état général. Fatigue extrême, soif inextinguible, amaigrissement, anorexie et même vomissements. Puis c'est la radioépithélite avec son cortège de signes locaux, son retentissement à distance, véritable intoxication due probablement à la résorption des protéines et autres produits dont l'histamine.

Tardivement, deux importantes complications compromettent les résultats du traitement : la nécrose des cartilages, et cela, quelles que soient les précautions prises. Elle aboutit à une suppuration interminable avec élimination partielle du larynx. L'échec, à proprement parler, c'est la radio-résistance. Sans doute faut-il trouver là, la plus forte raison invoquée par les détracteurs de la thérapeutique par les radiations. En effet, l'inconstance des résultats, le manque de critère clinique, ou anatomo-pathologique, nous laisse à penser que nous soumettons aux mêmes rayonnements des tumeurs de malignité bien différentes. Comment s'étonner dès lors de l'improbabilité de cette thérapeutique? La discussion du rapport du Congrès international d'O.-R.-L. de Madrid 1932 nous en donne un témoignage frappant.

Rebattu, de Lyon, s'y écriait :

« Les faits se chargent parfois d'apporter des démentis aux précisions basées sur l'histologie. La radiosensibilité peut ne donner que des résultats temporaires. Il n'est pas toujours possible, ni cliniquement, ni histologiquement, de porter un pronostic précis sur les résultats que l'on obtient par les radiations. »

Et Casadessus, de Barcelone, prétendait : « La chirurgie doit prédominer sur les radiations pour les tumeurs malignes et nous devons conseiller en ce sens les malades qui ont tendance à préférer le traitement non opératoire. Le traitement par les radiations donne des améliorations plus ou moins longues, mais une nouvelle poussée envahissante rend fréquemment la tumeur inopérable. »

Et ceci nous amène tout naturellement à penser qu'il y a place pour une thérapeutique éclectique combinant avantageusement les résultats des deux méthodes et c'est le traitement que nous proposerons.

ESSAIS DE TRAITEMENT COMBINÉ DU CANCER DE L'HYPOPHARYNX

L'avantage de la méthode que nous proposons est son incontestable bénignité.

Technique chirurgicale

1^{er} temps : incision.

On utilisera en général l'incision de la pharyngotomie transversale ou rétro-thyroïdienne quoique nous lui préférons personnellement la rétro-thyroïdienne et sous-hyoïdienne combinée de Sébilleau pour le champ d'action plus large qu'elle donne sur toute la région.

2^e temps : dégagement de la paroi latérale du pharynx.

Suivant la même technique que dans la rétro-thyroïdienne, on découvre la paroi pharyngée. En dégagant un large lambeau cutané pour la plastique ultérieure et en soignant l'hémostase particulièrement.

3^e temps : extériorisation de la tumeur.

C'est le temps capital. On fixe à la peau, à l'aide de points séparés non perforants, la musculature de la paroi pharyngée sur toute la hauteur du néoplasme, avec du fil de lin fin. Cette suture demande à être faite très minutieusement, elle représente la barrière de protection des espaces cervicaux.

L'intervention se trouve ainsi terminée, sans que l'on ait incisé la paroi pharyngée. On se rend facilement compte qu'il s'agit là d'un acte chirurgical des plus anodins.

Technique d'irradiation

Après cicatrisation de la plaie, la tumeur sera attaquée directement par le radium. On voit d'emblée qu'il sera possible d'utiliser ici avec un maximum d'efficacité les différents modes d'irradiation.

Dans la grande majorité des cas, nous utilisons l'application immédiate à l'aide d'un aiguillage important avec protection par filtre des plages cartilagineuses, ou la pose de tubes maintenus au contact par un pansement compressif.

Après irradiation la paroi s'escarifie ouvrant une brèche dont l'importance représente le minimum de ce qu'eût été le sacrifice chirurgical pour mériter d'être tenté avec quelques chances de succès.

Plastique

Ultérieurement enfin, quand le radium a terminé son œuvre destructrice et qu'après vérification on ne trouve plus de tissu néoplastique, il est possible de réparer la brèche à l'aide d'une plastique.

Celle-ci sera faite d'un lambeau cutané dont on aura déjà prévu le décollement lors du premier temps. Et on réalisera ainsi une plastique par les méthodes habituelles, c'est-à-dire par retournement ou par glissement.

* A noter que, pendant toute la première partie du traitement, le malade pourra être nourri normalement par la bouche. Qu'à partir de la chute de l'escarre pharyngée il sera possible de l'alimenter à la sonde jusqu'au moment de la plastique. L'intérêt de cette plastique secondaire est justement son étanchéité d'emblée. Les sutures sont faites ici dans le tissu cutané, les fils ne couperont pas, il n'y aura pas de désunion secondaire.

Ce procédé simple en trois temps, par sa bénignité, par sa facilité d'exécution, par sa logique, par ses résultats, nous semblait digne de faire l'objet de cette thèse.

Nous trouvons l'occasion de remercier ici notre maître, le D^r Truffert, qui nous l'a enseigné dans son service de l'hôpital Bon-Secours et nous a montré, à l'aide de sa technique chirurgicale habituelle, les résultats que l'on pouvait en attendre.

CONCLUSIONS

I. — Les cancers de l'hypopharynx semblent jusqu'à plus ample informé, à l'heure actuelle être au-dessus des ressources thérapeutiques.

II. — Le traitement par les agents physiques amène des arrêts temporaires dans l'évolution. La cause est l'incertitude dans l'attaque de la tumeur par les radiations. Ce traitement est d'ailleurs suivi de radionécrose des cartilages laryngés.

III. — La pharyngectomie, l'exérèse chirurgicale directe est grevée d'une lourde mortalité immédiate qui n'est nullement compensée par de rares succès ultérieurs.

IV. — La cause de cette gravité est dans l'ouverture de la cavité pharyngée et des espaces cervicaux.

V. — La chirurgie du pharynx peut être améliorée par une technique fractionnée qui rend cette chirurgie au moins anodine du point de vue opératoire.

VI. — La technique est la suivante :

1^{er} temps. — Extériorisation pharyngée dans toute l'étendue de la lésion.

2^e temps. — Après cicatrisation, attaque de la tumeur soit par du radium mis à son contact immédiat, soit par une exérèse au bistouri diathermique, suivie de coagulation. Les deux méthodes peuvent du reste s'associer et se succéder.

3^e temps. — Lorsque la cicatrisation est obtenue, la large pharyngostomie est fermée par l'un des procédés à doubles lambeaux.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
BINET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Baldenweck et R. Gaulliard.* — Recherches sur la radiographie normale et pathologique du larynx. (Jour. de Radiol. et d'Elect., Paris, tome XVII, juillet 33, pp. 353-362.)
- Calvet.* — Cancer extrinsèque du larynx à forme térébrante. (Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, janvier 1931. — Presse Médicale, 1931, n° 27, p. 497.)
- Casadessus.* — Traitement des tumeurs malignes en O.-R.-L. (2° Congrès international d'O.-R.-L., Madrid, sept. 1932. — Presse Médicale, 1932, n° 97, p. 1821.)
- H. Coutaud et F. Baclère.* — Roentgen diagnosis during the course of roentgentherapie of epithelioma of the larynx and hypolarynx. (Americ. Journal of Roentg. and Rev. Ther., tome 28, n° 3, sept. 1932, pp. 293-312.)
- Colledge Lionel.* — Repair of pharyngeal defects after operation for removal of malignant tumor. (Proc. of the Roy. Soc. of Med., t. XXIV, sect. laryngol., 3-12-30, p. 435.)

Cpnéo. — De l'envahissement du système lymphatique dans les cancers du larynx. (Gazette des Hôpitaux, 1902, p. 1385.)

J. Ducuing. — Précis de cancérologie. (Masson et C^{ie}, Paris, 1932.)

L.-J. Ducuing. — Considérations sur les tumeurs malignes de l'hypopharynx. (2^e Congrès Madrid, 1932.)
Les cancers du sinus piriforme. (Annales d'O.-R.-L., n^o 10, octobre 1933, p. 1141.)

Ducuing et Grimoud. — Etude morphologique anatomique histologique de la fossette glosso-épiglottique. (2^e Congrès O.-R.-L. Madrid, 1932.)

Ducuing et Grimoud. — Bulletin et mémoire de la Société de Radiologie médicale de France, n^o 21, 1934.)

L. Ducuing. — Considération sur les tumeurs malignes du tiers inférieur d'un carrefour aéro-digestif. (Annales d'O.-R.-L., n^o 6, juin 1933, pp. 707-713.)

Escat. — Traité médico-chirurgicale des maladies du pharynx, naso-pharynx, laryngo-pharynx. (Masson, 101.)

Faure. — Sur le traitement chirurgical du cancer. (Monde Médical, 1^{er} juin 1932, pp. 696-706.)

Facien. — Discussion sur le traitement des tumeurs malignes en O.-R.-L. (Presse Médicale, n^o 197, 3 décembre 1932, p. 1821.)

P. Izard. — Cancer de la margelle du larynx. (Thèse de Toulouse, 1934.)

Jovin. — Les lympho-épithéliomas du pharynx. Etude histologie, clinique et thérapeutique. (Ann. malad. oreille, etc., vol. 45, n° 8, pp. 729-758, 1926.)

Kohler. — Rœntgenologie. Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique. (Voir Lar. et Phar., pp. 311-313, un vol., 1930.)

Mac Gibbon. — Une méthode pour accrocher les aiguilles radifères dans le pharynx. (British Med. Journal, n° 3671, p. 843, 1931.)

Moure et Portmann. — Voies d'accès sur la région épiglottique. Indication technique, soins post-opératoires. (Revue hebdomadaire de Laryngologie, 1921, pp. 431-437.)

Revus Jordan, Ricardo. — Pharyngectomie avec reconstitution de la paroi et fermeture *per primam*. (Rev. Med. de Rosario, 18, pp. 6-10, 1928. Espagnol.)

Rivière. — Cancer de l'épiglotte et repli aryténo-épiglottique droit laryngectomie partielle par voie thyro-hyoïdienne. Guérison. (Lyon Médical, 1907, t. II, p. 895.)

Sargnon. — Terapia dei tumori maligni della faringe. (27^e Congrès Soc. Ital. O.-R.-L., 28-1^{er}-30, IX, 1931.)

Sébileau-Truffert. — Le carrefour aéro-digestif. Louis Arnette, éd., Paris, 1924.)

Stewart Harrisen. — Affections cancéreuses du larynx et du pharynx. (Journal Laryngologie et Otologie, Edimbourg, 1921.)

Tapia. — Discussion sur le traitement de tumeurs malignes en O.-R.-L. (2^e Congrès O.-R.-L. Madrid, septembre 1932. — Presse Médicale, n^o 97.)

W. Trotter. — Operation for malignant disease of the pharynx. (Brit. Journal of Surgery, vol. 16, pp. 485-495, 1929.)

P. Truffert. — Le cancer du pharynx in *Traité Pharynx* Canuyt.

A. Valat. — Considérations sur le cancer de la bande et cavité ventriculaire du larynx. (Thèse Paris, 1927.)

Zuppinge. — Maligne pharynx tumoren, pp. 108-1105. (George Thieme : verlage Leipzig, 1931.)

